

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes
Mellitus na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP**

Danilo José Marrero Roldán

Pelotas, 2015

Danilo José Marrero Roldán

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus
na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família EaD
da Universidade Federal de Pelotas em parceria
com a Universidade Aberta do SUS, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

R744m Roldán, Danilo José Marrero

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP / Danilo José Marrero Roldán; Ana Luiza Parcianello Cerdótes, orientador (a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais, esposa e filhas, razão para este
esforço.

Agradecimentos

A todas as pessoas que me ajudaram durante a implementação da intervenção e no curso.

Resumo

ROLDÁN, Danilo José Marrero. **Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP**. 2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são graves problemas de saúde no Brasil e no mundo, com um grande aumento nos últimos anos. A prevalência em média no Brasil é de 32% para a Hipertensão e 7% para Diabetes, ambas doenças crônicas não transmissíveis. A Unidade Básica da Saúde (UBS) Cidade Nova 1, localizada na cidade de Macapá, estado do Amapá tem baixa cobertura, 17% para usuários hipertensos e 14% para usuários diabéticos, devido a isso, escolhemos como o foco de intervenção com a intenção de aumentar o índice de cobertura em 40%, melhorar a organização do processo de trabalho e adesão ao tratamento dos usuários. A intervenção foi implementada pela equipe com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus. A UBS está localizada em uma área urbana com uma população de 3.012 na área de abrangência. Alcançamos no final das doze semanas o acompanhamento de 106 hipertensos, para um 23,1% e de 31 diabéticos para um percentual de 27,4 %, foram cadastrados 100% dos usuários atendidos, 72 (67,9%) usuários com hipertensão e 24 usuários com diabetes (77,4%) tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia ficou em 72 usuários hipertensos (72,6%) e 25 usuários com diabetes (80,6%). As ações de promoção e prevenção ficaram em 100 % dos usuários, conseguimos melhorar os registros de acompanhamento e a qualidade da atenção de ambos os grupos, o exame clínico apropriado a todos os usuários com destaque para a classificação de risco cardiovascular segundo escore de Framingham. Os registros tiveram como base a ficha espelho e a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade, onde foram feitas varias atividades e conversas sobre promoção da saúde, orientação nutricional, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, além de tudo, teve um impacto positivo em outras atividades do serviço, aumentou o número de consultas, assim como a atenção dos usuários idosos, pois este grupo populacional é portador de mais doenças crônicas não transmissíveis. A intervenção teve uma grande repercussão para a equipe e a UBS, exigiu que toda a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Sistêmica Arterial e Diabetes Mellitus, foram usados os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, acolhimento a demanda espontânea, rastreamento, estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, entre outros.

Palavras-chaves: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Tabela distribuição por idade/sexo da população na área de abrangência da UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	13
Figura 2	Equipe saúde da UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP	58
Figura 3	Acompanhamento dos usuários Hipertensos e/ou diabéticos na ESF Cidade Nova 1, Macapá/AP.	59
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	60
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	61
Figura 6	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	63
Figura 7	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	63
Figura 8	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.	64
Figura 9	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP	65
Figura 10	Ilustração do acompanhamento dos usuários hipertensos, na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP	73
Figura 11	Ilustração do acompanhamento dos usuários diabéticos, na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PCCU	Programa Controle Câncer de Colo Útero
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
PPM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	2222
2.1 Justificativa	2222
2.2 Objetivos e metas	2525
2.2.1 Objetivo geral	2525
2.2.2 Objetivos específicos e metas	2525
2.3 Metodologia	2727
2.3.1 Detalhamento das ações	2727
2.3.2 Indicadores	4545
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma.....	5454
3 Relatório da Intervenção.....	566
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	566
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	6161
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Anexos	82

Apresentação

O volume trata sobre a intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus”, implementada pela equipe da UBS Cidade Nova 1, localizada na cidade Macapá, estado de Amapá, a UBS está localizada em uma área urbana, composta por 5 equipes saúde da família, sendo a equipe da intervenção composta por um médico especialista em Medicina Geral Integral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde com uma população de 3.012 usuários.

O volume está organizado num primeiro momento da Análise Situacional da UBS, que inclui o texto inicial sobre a situação da ESF/APS, o relatório da análise situacional e o comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

Num segundo momento a Análise Estratégica que inclui a justificativa, objetivos e metas, a metodologia, indicadores, logística e cronograma. Na sequência, o relatório da intervenção, em que estão as ações previstas desenvolvidas ou não, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço, logo após, a avaliação da intervenção com os Resultados e a Discussão.

Por último o relatório para os gestores, relatório para a comunidade, reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, as referências e os anexos utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A política nacional de atenção básica da saúde foi aprovada em 21 outubro de 2011 pela portaria 2.488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), traz esta nova regulamentação para a atenção básica, a estratégia de saúde da família tem embasamento fundamental a promoção e prevenção da saúde são instaladas unidades perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, garantindo a população um acesso a atenção à saúde com qualidade e propõe os serviços de saúde centrados nas necessidades da população .

De acordo com os princípios do sistema nacional de saúde o principal objetivo da estratégia de cuidados primários de saúde é baseado na promoção de cuidados e prevenção de doenças para ajudar a reorientar o modelo anterior. Estamos neste momento a dar um novo impulso, desenvolvendo conversas educativas, coletivas e individuais, visitas domiciliares, ações de saúde, monitorando a criança e a gestante, controle de doenças crônicas não transmissíveis, conseguindo assim um melhor atendimento, atuando fundamentalmente nas pessoas com fatores de risco, isso leva a um melhor relacionamento entre os serviços de saúde e a população, por exemplo, desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, importância do aleitamento materno, rastreio do câncer do colo do útero destacando a importância do PCCU (preventivo do câncer do colo do útero), da vacinação e fatores de risco para doenças crônicas entre outras atividades da equipe.

Eu trabalho em uma UBS localizada em uma área urbana, a mesma funciona das 8 às 18 horas em uma casa adaptada composta por hall de entrada, 3 consultórios, sala de vacina, farmácia, cozinha, 2 banheiros, a unidade tem especialistas de ginecologia, pediatria, nutricionista, clínico geral, no entanto, a equipe de NASF está incompleta, existem cerca de cinco equipes de ESF, minha equipe é composta por um médico especialista em Medicina Geral Integral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 5 agentes de saúde com uma população de 3.012 pessoas. Trabalhando num consultório que tem privacidade, ar

condicionado e um banheiro, mas, apesar de ter condições básicas de higiene locais não são mantidos. Temos dificuldades com a ausência de testes rápidos, a falta de medicamentos na farmácia, não há serviço de odontologia e na maioria dos casos a população tem que recorrer na rede privada de saúde ou hospitais.

Com nossa equipe de saúde realizamos reuniões semanais para o planejamento do trabalho a ser realizado, agendando as consultas em dependência das necessidades da comunidade, além disso, deixamos vagas livres para o atendimento do fluxo de pessoas que vem através da demanda espontânea, então eu tenho notado que há boa ligação entre os trabalhadores da equipe para fazer um bom trabalho. A nossa comunidade tem geralmente baixo nível socioeconômico, riscos epidemiológicos, pois residem principalmente nas margens do rio, apesar das dificuldades encontradas no programa de trabalho, considerada uma área de risco para a violência social, isto não vai parar o nosso trabalho como um profissional treinado para dar o nosso melhor e assim poder garantir a saúde e bem-estar da nossa população que está na extrema necessidade que um impacto ocorra ao executar as ações de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Amapá é uma das 27 unidades federativas do Brasil, está situado a nordeste da Região Norte, o seu território é de 142.828,521 km² e uma população estimada no ano de 2010 em 698 602 habitantes, sendo delimitado pelo estado do Pará a oeste e sul, pela Guiana Francesa a norte, o Oceano Atlântico a leste e o Suriname a noroeste. A população estimada para Macapá em 2014 foi de 446 757 habitantes, com uma área de 6.407 km², no extremo sul da cidade é cortada pela linha do Equador, é a única capital brasileira que não está ligado por estrada, só é possível chegar de avião ou de barco. Macapá atualmente vive um período de crescimento econômico e populacional, conta com 28 bairros oficiais segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010).

Existem no município 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 23 na área urbana e 12 rural, com um total de 84 Estratégias Saúde da Família (ESF), 70 urbanas e 14 rurais, tem oito núcleos do Apoio a Saúde da Família (NASF), quatro equipes de Atendimento Domiciliar, 6 Hospitais entre públicos e particulares, dois serviços de emergência hospitalar e um serviço de Especialidades.

A reforma sanitária brasileira instituiu, de forma mais profunda, a ideia de

ampliação do acesso da população ao serviço de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída a universalidade de acesso sem discriminação étnica, sexual, econômica, cultural. Além da universalidade, o SUS também foi pensado para dar assistência, integral, equânime, regionalizada e com garantia de participação popular, é por isso que foi implementada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa à reorganização da atenção básica no Brasil, como um modelo de atenção, o qual é focada na promoção à saúde, na prevenção de agravos e na priorização da pessoa e não da doença, ou seja, exibe o indivíduo como centro de cuidados no contexto da comunidade.

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cidade Nova 1, a mesma tem cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta localizada na rua Antônio Pelaes Trajano, número 405, cidade de Macapá, área urbana e atende uma população majoritariamente ribeirinha, a totalidade da população adscrita é aproximadamente 17.100 usuários. Nesta unidade tem um diretor, dois agentes de segurança, um assistente social do NASF, sete enfermeiros, um farmacêutico, dezessete técnicos de enfermagem, cinco médicos de medicina geral, um médico em clínica geral, um gastroenterologista, um ginecologista e obstetra, um pediatra, três nutricionistas, um psicólogo e o apoio dos membros do NASF com um assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. As consultas são ofertadas de segunda a sexta-feira das 7:00 às 18:00 horas, nos sábados são executados exames citopatológico para prevenção do câncer de útero, existe vínculo com as instituições de ensino. Nossa equipe está composta por um médico especialista em medicina geral integral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 5 agentes de comunitárias da saúde, atendendo a uma população de 3.012 usuários, as relações de trabalho entre todos os membros da equipe é muito boa.

A UBS foi inaugurada no ano de 2000 e fechada para obras de manutenção há 19 meses, agora mesmo as equipes estão trabalhando numa casa adaptada, com pouco espaço que não tem as condições necessárias para propiciar um atendimento integrado, existem degraus nos acessos, sem sala de espera, apenas três locais para consultas médicas, um adaptado, não existe salas de administração, almoxarifado, abrigo de resíduos, depósito de limpeza e lixo, sala de esterilização, nebulização, reuniões, copa/cozinha, além disso, o mobiliário é antigo e mal conservado.

Também não existem equipamentos como oftalmoscópio, otoscópio, autoclave, material para sutura, pinças e outros materiais de curativos e cirurgias, como também não tem lanterna, anestésicos, reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos e mobiliários, não se realiza o sistema de calibragem, os equipamentos são insuficientes, existe pouca disponibilidade de materiais e insumos para realização das atividades na UBS. Não há atendimento odontológico para a população do território da UBS.

Estas necessidades e limitações observadas afetam significativamente o nosso trabalho e o serviço prestado ao usuário, em primeiro lugar porque a UBS está num lugar não projetado para ela, existe apenas 3 consultórios médicos limitando a atenção à população, não têm condições de fazer atendimento na mesa do consultório com o usuários e acompanhantes sentados, os consultórios são compartilhados pelas equipes de profissionais, já foi discutimos a situação de não ter oftalmoscópio e otoscópio, pois limita-nos a executar diagnósticos precoces de diferentes doenças, como a realização do teste do olhinho nas crianças, ausência e insuficiência de quase todos os medicamentos, considerando que a população atendida tem baixos recursos financeiros, não são realizados exames complementares em nossa unidade, é realizada o atendimento às urgências médicas e odontológicas, assistência básica integral e contínua com a garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, realização de procedimentos médicos e de enfermagem, utilizamos o método clínico para o diagnóstico, indicando o uso de testes de laboratório se necessário, também temos dificuldades com a realização das atividades de grupos, ainda estamos trabalhando neste sentido. A conclusão da reforma da UBS daria um salto de qualidade e conforto no atendimento, vai nos ajudar a oferecer um melhor serviço à população, aumentando o número de acompanhamentos a fim de modificar a forma e estilo de vida das pessoas da comunidade e melhorar os indicadores de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica tem prioridade na estratégia saúde da família, para a expansão e consolidação da atenção primária, através do exercício do cuidado prático, de gestão democrática e participativa com as populações e territórios. Aunque os profissionais fazem parte do processo de planejamento territorial, ainda não chegou a um impacto na saúde, das comunidades que compõem o território abrangido.

O papel dos profissionais está entre outros identificar os grupos de agravos e trabalhar com eles, realizando atividades de educação em saúde e cuidados da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento, além da identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, assim como a identificação de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, cuidado domiciliar, ainda neste ponto há que continuar trabalhando para engajar todos os profissionais neste processo, os profissionais da UBS participam de atividades de qualificação profissional, dessa forma dentro das atividades de educação permanente devemos continuar capacitando toda a equipe de saúde para melhorar os resultados de trabalho.

Temos que trabalhar para conseguir o apoio da comunidade para a realização de atividades que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças. Ainda há dificuldades a esse respeito, porque a comunidade não participa do controle social e ainda as relações são muito limitadas com a UBS, não há Conselho Local de Saúde.

Na UBS Cidade Nova 1 a totalidade da população adscrita estimada em 17.100 usuários, tendo em conta os dados de todas as equipes, com base na distribuição por idade/sexo, a população da área de abrangência se distribuem da seguinte forma:

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	177	184	361
1-5 anos	354	368	722
5-14 anos	1901	1977	3878
15-59 anos	5173	5384	10557
60 anos ou mais	430	446	876

Quadro 1 - Distribuição da população da UBS por idade/sexo, Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015.

O total da população está de acordo com o número das equipes de ESF existentes na UBS, também atendemos população fora da área de cobertura, embora as demandas sejam atendidas é preciso garantir espaços mais reservados para escuta e identificação do risco que deve ser resolvido com a nova UBS. O

fluxograma para organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea está disponível em nossa UBS, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Os usuários solicitam consultas para o enfermeiro e médico quando estão com problemas de saúde agudos, no caso de atendimento imediato/prioritário que precisam ser atendidos no dia, dependendo do tipo de assistência, é dada atenção em tempo mais curto, além disto, não existe excesso de demanda para estas consultas.

No caso dos problemas odontológicos, na minha USB não existe odontólogo ou estrutura para implementar esses serviços, além disso são realizadas ações de promoção e prevenção da saúde bucal, como orientar à importância que tem uma alimentação saudável, evitar fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, antecipando a ocorrência de doenças bucais, como cárie dentária, leucoplasias, câncer bucal, se um usuário tem problemas dentário agudo é atendido, se necessário recebe o tratamento e encaminhamento para o odontólogo, os problemas odontológicos são encaminhados para outras unidades que tem serviço de odontologia e pode satisfazer a demanda.

Para melhorar o acolhimento a demanda espontânea no caso de atendimento imediato/prioritário é importante que as UBS tenham estrutura física, ambiência adequada, insumos necessários, como materiais para atendimento as urgências e os medicamentos devem estar disponível na UBS. Eu acho que ainda temos que trabalhar neste sentido, sendo importante para todos os profissionais da equipe, mas tivemos mudanças em pouco tempo de modo que a população fica muito mais satisfeita.

Em relação à saúde das crianças com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, existe implementada a Rede Cegonha que é um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidados à gravidez, ao parto, nascimento e à atenção integral a saúde da criança, com focos nos primeiros dois anos de vida e em especial no período neonatal. Na UBS é realizado o atendimento de puericultura, também são atendidas as crianças fora da área de cobertura, são atendidas todos os dias da semana, em todos os turnos, durante cinco dias, a mesma é realizada pelos médicos clínicos gerais da família, pediatra e outros participantes das equipes de saúde.

As crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada, existe pouca demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde agudos, são usados os protocolos de atendimentos do Ministério da Saúde, a consulta de puericultura é registrada no prontuário clínico da criança, não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos, se solicita a caderneta e é preenchido as informações atuais, fazendo na consulta ações de promoção e prevenção de saúde. Existe na UBS o programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, sendo responsável pelo programa a assistente social que faz o cadastro das crianças e envia os dados à Secretaria Municipal de Saúde.

Com base no Caderno de Ações Programáticas (CAP), a avaliação que faço é que minha UBS deveria ter uma cobertura de 361 crianças menores de um ano, mas, são acompanhadas apenas 85 crianças (24%). As ações de saúde da criança envolvem a faixa etária de 0-72 meses, não são realizadas todas as consultas em dia, pois, apenas 23 (27%) das crianças estão com a consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS). Temos 21 (25%) crianças com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, não é realizada avaliação de saúde bucal por um odontólogo, nem triagem auditiva, 81 (95%) crianças estão com as vacinas atualizadas. Todas realizaram o teste do pezinho em até sete dias, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, orientação para aleitamento materno exclusivo, orientação para prevenção de acidentes, entre outras. O teste de pezinho não é realizado na minha UBS, são realizados no Hospital, e a vacinação não constitui um problema na minha UBS, as crianças depois de deixar o hospital tem a vacina BCG e a vacina hepatites B recombinante administrados.

As consultas de puerpério não são realizadas na primeira semana, período onde ocorrem a maioria dos problemas relacionados com a puérpera e o recém-nascido, as usuárias quando ganham o bebê demoram a vir a consulta e as vezes não comparecem, os agentes comunitários que conhecem o território foram orientados sobre a importância dessa consulta, para realizar a visita domiciliar quando a puérpera não vem na consulta no período indicado, assim de maneira oportuna realizamos a captação da criança durante este período onde se pode detectar qualquer tipo de complicações imediatas.

Também temos outras dificuldades, tal como as mães que passam por um tempo morando em outros municípios. Na visita domiciliar feita para captação do

recém-nascido é agendada as consultas rotineiras, a maioria não retorna ou só voltam quando as crianças estão doentes, neste sentido ainda não alcançamos o propósito do seguimento adequado das consultas de puericultura. Estamos trabalhando juntos para que as consultas tenham a melhor qualidade, na consulta fazemos o exame físico completo, orientações as mães sobre promoção e prevenção da saúde e as necessidades psicossociais, lembrando do atraso das consultas agendadas, assim como instruímos os agentes comunitários que conhecem bem a área para que fiquem atentos caso isso aconteça.

Todas essas dificuldades fazem com que não se execute um seguimento adequado as crianças e não atingimos todos os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde, por isso foi discutido em nossa ESF e foi criado um arquivo específico para crianças menores de um ano.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. A forma de registro nos permitiu o preenchimento da parte de pré-natal e puerpério do caderno de Ação Programática.

Na minha UBS realizamos o atendimento de pré-natal, todos os dias da semana e em todos os turnos, existem gestantes fora da área de cobertura que realizam o pré-natal aqui, sendo feito pelos enfermeiros, médicos e outros. A gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, não existe demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos, são usados o protocolo de atendimento, existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes, assim como o programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde sendo enfermeiro o responsável.

Referindo-se ao pré-natal, o caderno de ações programáticas e considerando que as gestantes constituem o 1,5% da população na área de abrangência, o número estimado de gestantes residentes na área foi de 171, mas o total de gestante residentes na área que são acompanhadas é de 90 (53%). Esses indicadores não estão de acordo com a avaliação que eu faço da cobertura de pré-natal, isto pode ser devido a vários fatores, entre os quais podemos encontrar mulheres que não comparecem para acompanhamento na área e são tratadas em outras unidades, clínicas particulares, ou ficam fora de área fazendo controle pré-natal em outros municípios ou em outros estados.

Refletindo sobre os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal avaliados, só 29 gestantes têm pré-natal iniciado no 1º trimestre (32%), 72 gestantes com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério de Saúde (80%), 100 % dos exames laboratoriais preconizados, vacinas antitetânicas, prescrição de suplemento de sulfato ferroso, exames ginecológicos e orientação para aleitamento exclusivo, 83 (92%) vacinas contra hepatites B conforme protocolo, a avaliação de saúde bucal foi realizada em 25 gestantes (28%), ainda que estes números indicados anteriormente são de acordo a números estimados, pelo qual deve existir uma subnotificação dos casos.

O programa de atenção ao pré-natal é um dos programas mais importantes do Sistema Único de Saúde, requerendo um maior esforço e dedicação, deve ser melhorada a organização da oferta do pré-natal pelos profissionais envolvidos no cuidado às gestantes, com a utilização de protocolos específicos, também objetiva avaliar a organização dos registros de atenção, de organização e gestão das ações do pré-natal e de avaliação e monitoramento, fazendo um bom atendimento tanto a mãe como a criança.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. A UBS deve tornar-se o principal gestor de ações para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Na minha UBS não existe um registro confiável da quantidade de mulheres que são acompanhadas permitindo avaliar exaustivamente o programa, é necessária uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção, só assim é possível combater essa doença e diminuir a morbidade e mortalidade. De acordo com outros indicadores avaliados sobre prevenção de câncer de colo de útero podemos dizer que na minha UBS a coleta da mostra é realizada pelo enfermeiro todos os sábados, o tipo de rastreamento utilizado é tanto o rastreio oportunístico como organizado, são utilizados os protocolos estabelecidos, além disso, são realizadas ações de promoção e prevenção.

Na minha UBS não existe um registro confiável da quantidade de mulheres que são acompanhadas e foi com muita dificuldade o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, que estima 3622 mulheres entre 25 e 64 anos

residentes na área, mas são acompanhadas na UBS 2.274 sendo 63% a cobertura para a prevenção do câncer de colo de útero. Os poucos indicadores de qualidade avaliados na prevenção do câncer de colo de útero são os seguintes: 1022 mulheres com exame citopatológico para câncer de útero em dia (45%), 16 com exames citopatológico para câncer de colo de útero alterado (1%), 1453 exames coletados com amostras satisfatórias (64%), 1010 exames coletados com células representativas da junção escamo colunar (44%), sendo realizadas as orientações sobre prevenção e avaliação de risco para câncer de colo de útero.

Considerando todas estas dificuldades encontradas, temos que ampliar a cobertura do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, atualizando o cadastro destas mulheres, e a partir de aí aperfeiçoar o rastreamento, integrando as equipes de saúde. A susceptibilidade ao câncer de mama ocorre porque o risco aumenta de acordo com o número de indivíduos afetados na família e o carcinoma é mais comum em mulheres com sobrepeso.

Deve-se realizar promoção da saúde e educar as mulheres para o autoexame das mamas, além do exame físico que é realizado na consulta, recomenda-se rastreamento bianual por meio da mamografia entre os 50 e 69 anos, a mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta e deve ser acompanhada de maneira diferenciada, às vezes têm sintomas depressivos e ansiosos que precisam de atendimento psicológico. O CAP estima 746 mulheres de 50 a 69 anos na área de abrangência da UBS, mas, apenas 556 são acompanhadas, sendo a cobertura de (74,53%).

Na UBS é realizado o atendimento dos adultos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, está implementado o programa que tem como objetivo estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, o enfermeiro é responsável pelo cadastramento e envio dos cadastros à secretaria municipal de saúde, ainda há muitas dificuldades para o controle e monitoramento dos usuários. Também são oferecidas ações de promoção e prevenção, como orientações de hábitos alimentares saudáveis, os malefícios do consumo excessivo do álcool e tabagismo, controle do peso corporal e promoção da prática regular de atividade física.

Fomos capazes de completar essa parte do Caderno de Ações Programáticas, mas a forma de registro permitiu parcialmente o preenchimento dos dados, pois somente obtivemos os mesmos através do prontuário clínico, há um arquivo

específico para usuários com hipertensão e diabetes, a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na UBS é de 3012 e são acompanhados, 506 usuários (17%) de cobertura do programa, a estratificação por critérios clínicos do risco cardiovascular foi realizada em 132 usuários (26%), realizado em todos os casos, orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular.

A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área pode ser adequada, mas não corresponde ao número dos que estão registrados na unidade, em relação a cobertura dos usuários hipertensos, é muito deficiente, pois existem dificuldades no rastreamento, diagnóstico, controle e seguimento dos pacientes. Também encontramos muitas deficiências nos registros e consultas com dados imprecisos e incompletos, as consultas do acompanhamento não são agendadas, mas eles retornam na maioria das vezes quando têm um problema de saúde.

É por isso que olhando essas dificuldades precisamos melhorar o controle e monitoramento desses usuários, devemos iniciar as atividades em grupos, fazer a programação de consultas apropriadas, melhorar as atividades de promoção, prevenção e o rastreamento para HAS trabalhando conjuntamente com todas às equipes de saúde da UBS, assim como integrar na comunidade nesse esforço para alcançar o objetivo de reduzir a morbimortalidade por essa doença.

Em relação à DM a forma de preenchimento dos dados também foi parcial, pois encontramos o mesmo problema. A estimativa dos usuários diabéticos na UBS é de 861, e são acompanhados 121 (14%), o qual não está de acordo com a realidade, e apenas 23 registros foram escritos sobre a estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos (19%), 10 usuários com um exame físico dos pés e com a palpação do pulso e medição da sensibilidade dos pés nos últimos três meses para (8%).

Os indicadores de qualidade avaliados são deficientes, as consultas não são agendadas no tempo adequado e a maioria das vezes é procurada pelo usuário. A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida.

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear os pacientes com diabetes, a fim de oferecer um tratamento mais precoce, é por isso

que devemos na atenção básica promover hábitos de vida saudáveis para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

O envelhecimento ocorre ao longo da vida do ser humano, as pessoas mais velhas são mais afetadas por doenças crônicas não-transmissíveis que necessitam de monitoramento constante e pode gerar incapacidade, tal como, perdas funcionais como da visão e a capacidade de deambulação que determinam também diminuição da autonomia. A Atenção Primária deve realizar a avaliação global da saúde da pessoa idosa, com ênfase na funcionalidade, além da prevenção de doenças, alcançar uma melhoria da autonomia do idoso, sua inclusão na família e na comunidade e em tudo aquilo que melhore a sua qualidade de vida.

Na minha UBS são realizados atendimentos das pessoas idosas, todos os dias da semana e em todos os turnos, também são atendidos os usuários fora da área de cobertura, a mesma é realizada pelos médicos clínicos geral da família, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo e outros membros da equipe de saúde, após a consulta os usuários não saem da UBS com a próxima consulta agendada, não existe excesso de demanda para atendimento de problemas de saúde agudos, são usados os protocolos de atendimentos do Ministério da Saúde por todos os profissionais, realizadas ações de promoção e prevenção como imunização, orientação nutricional e para prática da atividade física regular, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, os profissionais de saúde explicam ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde.

A forma de registro não permitiu o preenchimento da maioria dos dados do caderno de ações programáticas, porque nem tudo é registrado corretamente, foi utilizado o prontuário clínico como fonte de dados, a estimativa das pessoas com 60 anos ou mais residente na UBS é de 876 pessoas, o qual não está de acordo na realidade, pois são acompanhadas 421 idosos (48%), o acompanhamento em dia foi de 41(10%), o acompanhamento dos idosos com hipertensão arterial sistêmica foi de 326 (77%) e diabetes mellitus 118 (28%) são acompanhados, foi realizada avaliação de risco para morbimortalidade a 102 pessoas com diabetes (24%), não é feita avaliação de saúde bucal porque não há atendimento odontológico.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, os índices de qualidade de cuidados de saúde para os idosos avaliados foram considerados muito pobres, a

ausência da caderneta de saúde da pessoa idosa impede executar avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa que foi implementada pelo Ministério de Saúde no ano 2006, que é um instrumento valioso para auxiliar na identificação das deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias, do ponto de vista médico, funcional e social, não podemos preencher alguns dados fornecidos, como exemplo, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, não foi encontrado nenhum registro com este indicador.

Precisamos da participação de todos os profissionais envolvidos neste processo, além de envolver a comunidade e a família na atenção dos idosos, realizando as atividades de grupo dirigidas fundamentalmente a melhorar a qualidade de vida destes usuários, atendendo suas necessidades e particularizando cada caso dependendo de suas características individuais, relação com o meio em que é desenvolvido, assim como o grau de fragilidade para poder mudar e implementar estratégias que traduzem uma atenção integral das pessoas idosas.

Tendo em conta todos os aspectos positivos e as dificuldades encontradas desde que comecei meu trabalho na UBS por meio do Programa Mais Médicos (PMM), tenho encontrado muitos desafios e objetivos para atender, eu posso garantir que um dos principais problemas encontrados é a ausência de uma UBS adequada para garantir os programas de saúde, limitando as ações dos recursos humanos, a incapacidade de garantir adequadamente exames complementares, acesso a medicamentos e acompanhamento adequado, no entanto, alcançamos um atendimento e acompanhamento a maior parte da população, de modo que a população fica satisfeita.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Refletindo e comparando sobre a situação da ESF/APS em meu serviço entre o texto inicial e este relatório, apesar de todos os obstáculos, não ter uma unidade de saúde com as melhores condições de trabalho, somos capazes de oferecer uma atenção de qualidade e com resposta positiva, para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, a unidade de saúde tem resultados positivos até este momento. Estamos neste momento desenvolvendo conversas educativas, coletiva e individual, visitas domiciliares, ações de saúde, monitorando a criança e a

gestante, controle de doenças crônicas não transmissíveis, conseguindo assim um melhor atendimento, atuando fundamentalmente nas pessoas com fatores de risco, isso leva a um melhor relacionamento entre os serviços de saúde e a população, por exemplo, desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças sexualmente transmissível, importância do aleitamento materno, rastreio do câncer do colo do útero destacando a importância do PCCU, a importância da vacinação, fatores de risco para doenças crônicas entre outras atividades da equipe.

Depois de fazer este relatório eu tenho uma visão melhor de todos os problemas encontrados, também estou refletindo em como resolver, nossas capacidades de governança não são muitas, ainda acho que os recursos humanos que temos na nossa UBS podem fazer um trabalho melhor e ir mudando os pontos negativos para alcançar um atendimento de qualidade à população, consequentemente numa melhoria em todos os indicadores de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com o manual do MS - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - são doenças crônicas não transmissíveis. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 até 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), estima-se que cerca de 40% dos adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão em todo o mundo.

No Brasil, a prevalência média de HAS na população acima de 18 anos está sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) e as doenças cardiovasculares são responsáveis por pelo menos (33%) dos óbitos com causas conhecidas. Ainda dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de (5,3%) para (5,6%), entre 2006 e 2011. No Brasil, existem 5 milhões de pessoas com diabetes e já se prevê um aumento. Aproximadamente 7% da população adulta brasileira já

apresenta esse problema, por isso recomenda-se o rastreamento de DM em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, independentemente de ser obeso. (BRASIL, 2010. Caderno de Atenção Primária, n. 29).

De acordo com as análises feitas na Unidade Básica de Saúde (UBS), Cidade Nova 1, através dos questionários de Análise Situacional e o Caderno de Ações Programáticas, a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são doenças crônicas que tem um baixo nível de cobertura nesta UBS, por isso escolhemos este foco para realizar a intervenção. Quanto à cobertura, identificamos 506 (17%) usuários relacionados à hipertensão e 121 (14%) relacionada ao diabetes, dessa forma, objetivamos aumentar a cobertura para 40 %. Com base nos princípios do SUS, integralidade e universalidade dos atendimentos, é necessário aplicar na prática um atendimento integral e de qualidade à população, e as equipes da UBS são fundamentais para a implementação de estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças.

Minha UBS está localizada em uma área urbana, na cidade de Macapá, funciona das 8 às 18 horas, atendendo a uma população total estimada de 17.100, numa casa adaptada composta por hall de entrada, 3 consultórios, sala de vacina e farmácia.

A UBS é constituída por um diretor, 2 agentes de segurança, 1 assistente social do NASF, 7 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutico, 5 médicos de medicina geral, 1 médico em clínica geral, 1 ginecologistas, 1 pediatra, 3 nutricionistas, 1 psicólogo, tendo o apoio dos membros do NASF com seu assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas não conta com serviço de Odontologia. Minha equipe é composta por 1 médico especialista em Medicina Geral Integral, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 5 agentes de saúde, atendendo a uma população de 3.012 usuários.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS é de 3012, e são acompanhados somente 506 hipertensos equivalendo a um percentual de (17%) de cobertura do programa. Já a estimativa de pessoas com diabetes na área é de 861 e são acompanhados pela UBS apenas 121 equivalendo a um percentual de (14 %). Minha equipe com base nestas estimativas fornece o acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica a 78 usuários, para um percentual de (17%) de cobertura e para 16 usuários com

Diabetes Mellitus para um percentual de (14%), de modo que nosso objetivo é atingir uma cobertura de 40 % de ambos usuários em nossa área de abrangência, buscando iniciar o tratamento o mais breve possível e minimizar as possíveis complicações que estas doenças podem trazer à população em questão, melhorando assim a qualidade de vida.

Os indicadores de qualidade avaliados nas ações programáticas são deficientes, não existe registro de usuários faltosos, as consultas não são agendadas no momento certo sendo mais frequentemente solicitadas pelo usuário, além disso, o monitoramento e o controle não são realizados de maneira adequada. As ações de promoção e prevenção de saúde são realizadas através de conversas, em que são divulgadas a importância de uma dieta saudável, reduzir o consumo de álcool e drogas, evitar ou diminuir o hábito de fumar, sobre a prática de exercícios físicos e como manter uma boa higiene oral, além de comparecer às consultas programadas, entre outros.

Existem dificuldades para atingir as metas e objetivos estabelecidos para a intervenção. A UBS não tem a capacidade para aumentar o número de consultas de forma sustentável no serviço (sem prejuízo para outros grupos populacionais), existem apenas 3 consultórios médicos, para serem compartilhados por muitas pessoas, além disso não são realizados exames complementares e/ou hemoglicoteste e por isso quando os exames são indicados podem demorar cerca de um mês para avaliar os resultados, o que torna difícil o monitoramento destes usuários. É por isso que analisando essas dificuldades precisamos melhorar o controle e monitoramento, proporcionando um maior número de consultas, de visitas domiciliares, e uma atenção muito mais integral aos usuários hipertensos nos próximos 4 meses, para atingir o objetivo de aumentar a cobertura e qualidade destes usuários, também devemos melhorar as atividades de promoção, prevenção e o rastreamento para HAS, realizar diagnóstico precoce, controle e seguimento adequado desta população alvo para assim poder atingir a meta proposta.

No caso dos diabéticos da área de abrangência, propomos elevar o número de consultas, visitas domiciliares, e com isto aumentar a cobertura e qualidade na atenção destes usuários nos próximos 4 meses e para atingir este objetivo iremos realizar ações a fim de rastrear os usuários com alto risco para desenvolver esta doença. É importante manter adequadamente os registros específicos dos usuários

hipertensos e diabéticos que temos na área e informar à comunidade sobre a existência do programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Nossa equipe está ciente do trabalho que vamos realizar, acreditamos que atingiremos um atendimento de qualidade e aumentaremos significativamente a expectativa de vida deste grupo populacional, o que se traduz em melhoria nos indicadores de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos ao programa.

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O presente projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da ESF Cidade Nova 1, Macapá/AP. Participarão da intervenção todas as pessoas com hipertensão e diabetes mellitus com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela equipe de saúde da família que atue. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Protocolos de Atendimento para Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo C).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação

Ação:

- O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Detalhamentos das ações

- Aumentar o número de consultas e visitas domiciliares para alcançar no caso da HAS o atendimento de 183 usuários nos próximos 4 meses, para atingir uma cobertura do 40 % ficando responsável toda a equipe de saúde.

- Aumentar o número de consultas e visitas domiciliares para atender um total de 45 usuários diabéticos nos próximos 4 meses, para atingir uma cobertura do 40 %, ficando responsável toda a equipe de saúde

- Atender os hipertensos e diabéticos de minha área que chegou na UBS por demanda agendada ou espontânea, ficando responsável o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem responsável pelo acolhimento.

- Manter os registros atualizados a cada consulta para permitir a avaliação do atendimento prestado, ficando responsável o médico e enfermeiro.

No eixo da organização e gestão do serviço

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM;
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamentos das ações

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, orientando os agentes comunitários da saúde (ACS), a realizar um registro específico para ambas as doenças e monitorar sistematicamente.

- Realizar o recadastramento de todos hipertensos e diabéticos para atualizar os dados existentes, sendo responsáveis os ACS.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, através de capacitação contínua dos técnicos de enfermagem e ACS, facilitando o atendimento como é preconizado e criando uma agenda específica para estes usuários.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, através de solicitação do material ao gestor.

No eixo do engajamento público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamentos das ações

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e a importância do rastreamento de ambas doenças, por meio de atividades que são realizadas diariamente. A orientação será feita através de palestras com a comunidade, na própria UBS e em locais agendados previamente e nas consultas, incluindo a distribuição de material educativo. Informar também sobre o grupo do HIPERDIA e a importância da participação dos hipertensos e diabéticos, ficando responsável toda a equipe de saúde.

- Aumentar o número de atividades de educação em saúde, pela equipe, realizando atividades de promoção e prevenção da HAS e DM na comunidade, informando nas reuniões, e durante as consultas a importância do controle da pressão arterial em pessoas acima dos 18 anos, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

No eixo da qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamentos das ações

Realizar a capacitação continua das ACS, com o fim de elevar o nível de conhecimento para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. A capacitação será realizada preferencialmente na própria UBS, em momento que a equipe possa participar sem prejuízo ao serviço. Serão realizados aulas e treinamentos para a capacitação de toda a equipe, de forma que as dificuldades sejam sanadas e sejam implementadas rotinas de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

No eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos;
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos;
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico;
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamentos das ações

- Realizar a monitorização da realização de exame clínico e exames laboratoriais apropriado aos hipertensos e diabéticos através das anotações realizadas nos prontuários e ficha-espelho, sendo responsável o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
- Realizar a monitorização do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, sendo responsável o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, realizando um levantamento da necessidade mensal dos medicamentos utilizados pelos hipertensos e diabéticos evitando a falta e a descontinuidade do tratamento por falhas e fazer uma revisão mensal através de planilha própria para atualizar os dados, ficando como responsável enfermeiro e técnico de enfermagem.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, observando nas consultas as necessidades de avaliação bucal dos

usuários hipertensos e diabéticos e encaminhar à unidade de saúde mais perto da UBS, que conte com equipe odontológica para assistir ao usuário, sendo principal responsável o médico.

No eixo da organização e gestão do serviço

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre hipertensão;
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais sobre HSA;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde sobre HSA;
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre DM;
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais sobre DM;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde sobre DM;
- Garantir a solicitação dos exames complementares nos usuários hipertensos;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Garantir a solicitação dos exames complementares nos usuários diabéticos;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para

a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamentos das ações

- Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, exame físico, diagnóstico, avaliação e planejamento do cuidado na consulta de enfermagem de hipertensos e diabéticos, estabelecendo o papel de cada profissional na ação programática em reunião de equipe na primeira semana de intervenção.

- Organizar a capacitação dos profissionais através das reuniões de equipe acerca do atendimento aos usuários de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre hipertensão e diabetes estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde sobre HAS e DM, solicitando ao gestor a impressão da versão atualizada deixando em quantidade suficiente para a equipe consultar.

- Garantir a solicitação dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, e tratar de garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos, fornecendo informações sobre os locais de fácil acesso para a realização dos exames solicitados, promovendo agilidade na sua realização, já que na minha UBS não são realizados.

- Controlar cada semana através de planilha o estoque de medicamentos do HIPERDIA, e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados, sendo responsável desta atividade os ACS, e técnicos de enfermagem.

- O médico irá avaliar as necessidades de avaliação bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, e orientar o seguimento mais adequado, segundo as necessidades de cada usuário atendido.

No eixo do engajamento público

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares;
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares;
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamentos das ações

- A equipe de saúde deve orientar os usuários hipertensos e diabéticos, e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.
- Orientar aos usuários da população alvo, e a comunidade, pela equipe quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- A equipe deve orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar a comunidade através de atividades de grupo realizadas na comunidade, pela equipe, assim como nas consultas, nas visitas domiciliares, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Promover reuniões com a comunidade e colocar cartazes na unidade de saúde, nas escolas e nas igrejas para favorecer o acesso às informações necessárias, sobre o funcionamento da UBS, a promoção da saúde, aos seus direitos em relação ao tratamento adequado e de fácil acessibilidade, sendo responsável toda a equipe pelo mesmo.

No eixo da qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos;
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários diabéticos;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários hipertensos e diabéticos;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamentos das ações:

- O médico e enfermeiro deve capacitar toda a equipe para a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, e para a solicitação dos exames complementares nos pacientes hipertensos e diabéticos.
- O médico e enfermeira devem capacitar a equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, assim como atualizar o profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- As capacitações serão realizadas com a equipe através de palestras, discussão de atualizações sobre a temática baseada nos protocolos atualizados, discussões de casos clínicos, participação em eventos e métodos de comunicação para que os profissionais da equipe possam orientar corretamente aos usuários nas

diversas necessidades apresentadas. Da mesma forma as capacitações devem ocorrer na própria unidade de saúde em horário factível com os profissionais.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo do monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamentos das ações:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), efetuando na equipe a seleção dos agentes comunitários da saúde para desenvolver a pesquisa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada e também através da análise dos registros, dos prontuários, e nas fichas-espelhos dos usuários.

No eixo da organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamentos das ações

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, através de avaliação semanal identificando os faltosos e solicitando aos agentes comunitários de saúde para realizarem as visitas domiciliares semanalmente para buscar os faltosos evitando aumentar o período de ausência às consultas.

- Organizar a agenda pelo médico ou enfermeira para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, escolhendo um dia específico da semana para receber estes usuários faltosos.

No eixo do engajamento público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamentos das ações:

A equipe deverá informar a comunidade e aos líderes da comunidade, durante as consultas na UBS, durante os encontros com a comunidade, nas visitas domiciliares e também na sala de espera sobre a importância das consultas, a periodicidade preconizada segundo o protocolo, e saber como a comunidade gostaria que o atendimento fosse prestado de forma de criar o vínculo entre os envolvidos.

No eixo da qualificação da prática clínica**Ação:**

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamentos das ações:

- Capacitar em encontros previamente agendados e na própria UBS, aos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. O médico e o enfermeiro treinarão os ACS e demais profissionais ressaltando a importância de registrar corretamente as informações para melhor avaliação sobre a adesão ao programa e quanto à periodicidade da consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo do monitoramento e avaliação**Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde;

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamentos das ações:

- Para monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, a equipe será treinada para realizar o monitoramento e avaliação da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe. Semanalmente todos os registros serão avaliados pelo médico e/ou pela enfermeira com o objetivo de encontrar alguma falha que possa ser revisada de forma a manter a qualidade dos registros, principalmente para a construção de indicadores.

No eixo da organização e gestão do serviço

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas dos usuários com HSA e DM;
- Implantar a ficha de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros;
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamentos das ações:

- As informações do SIAB dos usuários hipertensos e diabéticos, e reorganização das estratégias para a implementação da ficha de acompanhamento, devem ser atualizadas e monitoradas pelos ACS, e pelo enfermeiro.

- Criar um instrumento de registro (pode ser a própria ficha espelho ou o prontuário) que viabilize situações de alerta em quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, assim como não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, pactuando com a equipe o registro destas informações de maneira correta e completa.

No eixo do engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamentos das ações:

- A equipe deve orientar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, através de palestras realizadas pelos profissionais da equipe na UBS, na comunidade, nas consultas médica e visitas domiciliares, assim como em reuniões com profissionais da UBS.

No eixo da qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;
- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamentos das ações:

- Realizar a capacitação da equipe da unidade de saúde pelo médico, através de palestras e discussão de atualizações ressaltando a importância da qualidade dos registros para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, em todos os procedimentos clínicos realizados durante as consultas. Mostrar nos encontros para a capacitação da equipe os instrumentos que serão utilizados para registrar adequadamente cada informação para que se possa ter um acompanhamento positivo e de qualidade.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo do Monitoramento e avaliação**Ações:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamentos das ações:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através das consultas realizadas e por meio da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados que deverá ser atualizada semanalmente pelo enfermeiro e/ou médico, de forma a identificar qualquer alteração que venha a necessitar de cuidados imediatos.

No eixo da organização e gestão do serviço**Ações:**

- Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;
- Priorizar o atendimento dos usuários diabéticos avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamentos das ações:

- Os ACS irão a priorizar os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco, e organizar a agenda, junto com o técnico de enfermagem, para os atendimentos destas demandas, identificando e destacando nos prontuários os usuários de risco cardiovascular alto, reservando um horário na agenda para os mesmos, facilitando o acesso e diminuindo o tempo de espera.

No eixo do engajamento público**Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular;
- Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamentos das ações:

- A equipe deve orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, assim como esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, através das consultas, visitas domiciliares, ações de promoção, atividades de grupo com torças de experiências, e o conhecimento da população quanto estes temas, além de esclarecer as dúvidas. Conseguir junto aos gestores material educativo para distribuir, e que favoreçam as informações dos usuários, e a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolver estas doenças.

No eixo da qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamentos das ações:

- O médico deve capacitar a equipe para a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham, ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A capacitação será realizada pelo médico em encontros programados ou em reuniões de equipe trazendo informações que possibilitem a equipe orientar aos usuários como prevenir os fatores de risco.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

No eixo do monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos;
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos;
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos;
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos;
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos;
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamentos das ações:

- A equipe deve monitorar a realização de orientação nutricional, sobre atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, realizando avaliações após cada atividade em grupo, através dos registros destas informações e durante as consultas e encontros com a comunidade. Avaliar a participação e o conhecimento dos usuários sobre os temas durante as consultas.

No eixo da organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamentos das ações:

- A equipe deve organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividades físicas, envolver nutricionistas e educadores físicos do NASF nestas atividades, realizando atividades de grupo onde as vantagens de uma dieta saudável e prática de atividades físicas sejam estimuladas. Organizar com toda a equipe atividades e palestras que transmitam informações sobre modificações no estilo de vida dos usuários favorecendo uma melhor qualidade de vida. O médico deve organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, ressaltando o cumprimento de todas as necessidades.
- O médico e enfermeiro devem demandar ao gestor na compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", solicitando dos gestores os medicamentos para a adesão dos usuários fumantes ao tratamento adequado para o abandono de esse hábito.

No eixo do engajamento público

Ações:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo;
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo;

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal;
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamentos das ações:

- A equipe deve orientar aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, da existência de tratamento para abandonar o tabagismo e da importância de uma adequada higiene bucal. Esperamos através das consultas, visitas domiciliares, ações de promoção, atividades de grupo, conseguir orientar 100% de todos os hipertensos e diabéticos sobre as referidas práticas que venham a facilitar e melhorar a qualidade de vida desta população, mantendo sempre a comunidade informada sobre as ações a serem desenvolvidas, da formação do vínculo da comunidade com a equipe, utilizando cartazes e outras formas de informação que motivem a participação do grupo.

No eixo da qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas;
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamentos das ações:

- O médico e enfermeiro devem capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de tabagistas e orientações sobre a importância de higiene bucal. Está prevista que a capacitação seja realizada de forma dinâmica e com a participação dos profissionais simulando como farão as ações previstas junto ao público alvo.

2.3.2 Indicadores

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na equipe de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da equipe de saúde cadastrados e acompanhados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da equipe de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na equipe de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da equipe de saúde cadastrados e acompanhados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na equipe de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na equipe de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde faltosos às consultas.

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus a equipe irá adotar os Cadernos de Atenção Básica para Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). O manual já está disponibilizado nas consultas, e outro está disponível para ser estudado pela equipe da unidade de saúde. Será agendada uma reunião para definir o que cada membro da equipe vai realizar, mostrando como devem prestar o atendimento seguindo os protocolos do MS através das capacitações que serão realizadas ao longo da intervenção e ressaltando a importância de registrar todas as ações e manter as mesmas atualizadas.

Utilizaremos as fichas espelhos disponíveis pelo curso, estimamos atender no período de 4 meses 183 usuários hipertensos e 45 diabéticos. Para isso faremos contato com o gestor da UBS para dispor do número de fichas espelho necessárias, e imprimir aproximadamente 200 fichas, para alcançar com a intervenção, o objetivo de aumentar a cobertura em 40% do total de hipertensos e diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que será atualizada pelo médico.

Na ausência de um registro específico para pessoas hipertensos e diabéticos, os agentes comunitários da saúde (ACS) revisarão o livro de registro das consultas agendadas, e os prontuários, identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que compareceram ao serviço nos últimos 3 meses, para organizar o registro específico do programa. As técnicas de enfermagem localizarão os prontuários destes usuários e eu irei transcrever todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

A capacitação dos profissionais será contínua, os técnicos de enfermagem e ACS serão capacitados para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, sobre o cadastramento dos usuários, para a correta verificação da pressão arterial, assim como a realização do hemoglicoteste, tudo isto atendendo

aos protocolos de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (MS). A capacitação será realizada pelo médico no início da primeira semana para a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS e ocorrerá na própria UBS se possível, ou na casa de uma ACS que mora próximo da UBS, no período de aproximadamente 2 horas, e cada membro da equipe estudará antes uma parte do manual técnico, e discutirá o conteúdo com os outros membros da equipe para gerar uma reflexão acerca do mesmo. Os materiais necessários serão folhas, canetas, protocolo de atendimento de pessoas com HSA e DM, informes educativos e outros, pelo qual faremos contato com o gestor para facilitar alguns destes materiais, e outros serão comprados com o esforço da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço por problemas agudos relacionados ou não com ambas as doenças, através da demanda espontânea, ou com consultas agendadas, será realizado pelos ACS e pela técnica de enfermagem, e serão atendidos no mesmo turno para agilizar o seguimento destes, os que apresentarem estratificação do risco cardiovascular e forem considerados de alto risco, terão atendimentos priorizados. Os usuários hipertensos e diabéticos que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de 3 dias, além de reservar 8 consultas por semana, os usuários que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Todos os profissionais serão responsáveis pela divulgação do projeto, a enfermeira juntamente com os ACS será responsável pelo contato com os líderes comunitários e com a associação de moradores, divulgando nosso projeto e sua importância, também vamos levar o projeto às igrejas da área de abrangência esclarecendo a importância da realização do controle de hipertensão e diabetes, além disso, solicitaremos uma área para oferecer atenção médica a nossa comunidade. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação dos usuários diabéticos e hipertensos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A reunião será feita nas seguintes semanas: primeira, quinta, nona e décima terceira do cronograma, o material a ser utilizado será cartazes informativos na UBS e os locais dos encontros serão as igrejas e outras áreas da comunidade. Está previsto a distribuição de material educativo, o qual será solicitado à Secretaria de Saúde, e também alguns serão aportados pela equipe, bem como ouvir a comunidade, dando

a oportunidade de interagir com o grupo, facilitando a troca de conhecimentos e o esclarecimento de dúvidas. Conversar com a equipe sobre a importância destes encontros, aproveitando estes momentos para a transmissão de informações, e para fazer uma escuta qualificada.

O monitoramento das ações deverá ser realizado de forma contínua por todos os membros da equipe, buscando a identificação e busca ativa dos faltosos às consultas agendadas e o atraso na realização de exames complementares, proporcionando um melhor acompanhamento, minimizando falhas e favorecendo a identificação dos usuários avaliados com risco cardiovascular. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho das pessoas hipertensos e diabéticos, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso, o agente comunitário de saúde (ACS), fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso, ao fazer a busca já agendará ao usuário para um horário de sua conveniência, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção na UBS Cidade Nova 1 foi realizada em 12 semanas no período de fevereiro a junho com objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi planejada para acontecer em 16 semanas, mas, em virtude das minhas férias, e orientação do curso, foi reduzida para 12 semanas. Durante os três meses da intervenção foram atendidos 106 usuários com hipertensão arterial alcançando a cobertura de (23,1 %), e 31 pessoas com diabetes, alcançando a cobertura de (27,4 %), residentes na área de abrangência e acompanhados pela equipe.

Para analisar os resultados, utilizamos a planilha de coleta de dados, onde a estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área da equipe é de 458 e 113 respectivamente. Nesta intervenção foram previstas várias ações para aumentar a cobertura e a qualidade da atenção a este grupo de usuários. Analisando os resultados do indicador de cobertura, a meta inicial proposta foi atingir 40% de cobertura da população alvo acompanhadas pela equipe, a qual foi cumprida parcialmente pela equipe, pois, devido a várias dificuldades, por exemplo a enfermeira teve que ausentar-se por mais de dois meses por problemas de saúde, eu tive um mês de férias, as agentes comunitárias também tiveram férias e as chuvas constituíram um elemento muito importante, muitas vezes não permitindo as visitas domiciliares planejadas e o acesso dos usuários às consultas programadas na UBS. Durante algum tempo da intervenção, as ACS tiveram de greve e, além disso, a intervenção que inicialmente teria uma duração de 16 semanas foi diminuída para 12 semanas, tudo isso influenciou para ao final não atingir a cobertura inicial prevista.

A ação de organização e gestão do serviço foi cumprida parcialmente, alcançamos o registro de 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, o acolhimento desses usuários foi melhorado significativamente, assim como foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, mas não pôde ser garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

As ações, engajamento público foram cumpridas integralmente, foi alcançado a integração da comunidade mediante o contato e com o apoio dos líderes da comunidade para o conhecimento da existência na UBS do programa HIPERDIA e da intervenção, também para o cumprimento das ações previstas, foram programadas e realizadas atividades educativas com o grupo existente na comunidade, orientando a importância do rastreamento destas doenças, de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

A ação da qualificação da prática clínica, foi cumprida integralmente, inicialmente e durante toda a intervenção a equipe foi treinada sobre o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, sobre metodologias de educação em saúde, controle de fatores de risco modificáveis, promoção de estilo de vida saudáveis, tais como: alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, abandono do hábito de fumar e tratamento de pacientes tabagistas e orientações sobre higiene bucal. Além disso, foi realizada a capacitação com os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a foto abaixo mostra a equipe que conduziu a intervenção.



Figura 1 – Equipe de saúde da UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP.

Foi aumentado o número de consultas para duas vezes por semana na área abrangência, as consultas previstas segundo o protocolo foram monitoradas, programadas as visitas domiciliares, fizemos os exames clínicos adequados e foram feitas as avaliações odontológicas, indicamos os exames complementares segundo o protocolo. Além disso foi indicado o tratamento adequado, encaminhamento a especialistas se necessário, assim como foram feitas todas as orientações sobre o controle adequado da doença (Figura 2).



Figura 2 – Acompanhamento dos usuários Hipertensos e/ou diabéticos na ESF Cidade Nova 1, Macapá/AP.

O grupo de NASF foi envolvido no projeto para ajudar a atingir estas ações, por exemplo, usuários obesos foram agendados para o nutricionista, outros com psicólogo, e, em alguns casos visitando os usuários que precisavam de atenção domiciliar.

No caso dos exames laboratoriais foram indicados a todos os usuários, mas alguns não fizeram por dificuldades. Na nossa UBS não são feitos estes exames, além disso, tivemos há pouca disponibilidade dos centros de saúde para fazer esses exames. No caso do Hospital são oferecidas poucas vagas e em outras unidades não estão sendo feitos exames por falta de reagentes, a maioria dos usuários não contam com os recursos financeiros necessários para realizar nas clínicas privadas.

Em relação aos medicamentos do grupo HIPERDIA, foram prescritos, mas, nem sempre tem disponibilidade na farmácia, atualmente melhorou, mas ainda temos dificuldade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentre as ações do eixo organização e gestão do serviço, durante a intervenção não foi realizado o hemoglicoteste, porque não foi garantido o material adequado para realização do mesmo na unidade de saúde, em minha UBS não é feito este exame, logo era solicitado o exame de laboratorial de glicemia.

Tivemos sérias dificuldades com a atenção odontológica que não conseguimos resolver ao longo da intervenção. Na minha UBS não é oferecida a atenção odontológica, pois não conta com dentista, realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nas consultas, oferecemos orientações para promover a saúde bucal, e encaminhamos muitos usuários a outras unidades de saúde, mas muitos não conseguem atenção odontológica através do SUS, e o alto custo nas clínicas privadas inviabiliza o acompanhamento, então, para esse problema não tivemos uma resolatividade efetiva.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com as planilhas fornecidas pelo curso, tanto a ficha espelho como a planilha de coleta de dados no início tivemos algumas dificuldades na coleta e na sistematização dos dados relativos à intervenção, como por exemplo, à avaliação bucal, pois não entendíamos que era uma ação da equipe avaliar a necessidade do atendimento odontológico e não uma função apenas do odontólogo, com a ajuda da orientadora foram esclarecidas as dúvidas, não tivemos dificuldades com o fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores. A ficha de acompanhamento foi atualizada, foi feito o preenchimento de todos os dados e procedimentos clínicos avaliados nas consultas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional, foram treinados os profissionais de saúde da equipe sobre os protocolos de HAS e DM com a finalidade de melhorar o acolhimento e cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, assim como foi feito pelas ACS a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

O resultado fundamental da intervenção, além da melhoria na cobertura e qualidade na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, é que continuará na rotina de serviço, por isso devemos continuar melhorando a integração da equipe com a comunidade e com os líderes comunitários, mediante o contato e atividades de promoção em saúde realizadas na área de abrangência, tanto com a comunidade quanto com a população de hipertensos e diabéticos. Devemos divulgar as ações do programa na comunidade, manter e melhorar ainda mais, a qualidade dos registros

dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, preencher adequadamente os prontuários e fichas de acompanhamento, manter e melhorar o controle dos usuários faltosos, para isso continuaremos a capacitação contínua dos ACS.

Devemos continuar capacitando a equipe, a atualização dos protocolos vigentes segundo o MS, assim como a capacitação sobre as metodologias de educação em saúde, e conversar com o gestor sobre a possibilidade no futuro de inserir um odontólogo na UBS, e realizar os exames complementares na UBS, para ao final continuar atingindo e melhorando todos estes indicadores.

Contudo, acreditamos que envolvendo todas as pessoas da equipe, da unidade, e a comunidade neste projeto podemos atingir os objetivos, as metas, e as ações propostas explicadas anteriormente. Consideramos que a intervenção melhorou a qualidade de vida da população alvo, e por isso está incorporada na rotina diária da equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo específico 1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. *Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.*

Indicador 1.1: *Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na equipe de saúde.*

Meta 1.2. *Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.*

Indicador 1.2: *Cobertura do programa de atenção ao diabético na equipe de saúde.*

O Projeto de Intervenção foi elaborado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica Cidade Nova 1, Macapá/AP, num primeiro momento para um período de 16 semanas, posteriormente diminuindo para 12 semanas de intervenção. Para tanto, foram definidos e coletados alguns indicadores para que fosse possível a avaliação da intervenção e, com isso, adequar e melhorar continuamente o serviço oferecido pela unidade a esta população-alvo.

O projeto realizado por nossa equipe de saúde, tratou sobre a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cidade Nova 1, a mesma esta localizada na cidade de Macapá, Estado do Amapá e faz parte da estratégia de saúde da família. A população total na área de abrangência de nossa equipe é de 3.012 usuários, destes a estimativa feita pela planilha de coleta de dados para pessoas com 20 anos ou mais é de 2018 (67%), usuários com 20 anos ou mais hipertensos foi de 458 (22,7%) e uma estimativa de 113 diabéticos, (5,6%) (Vigitel, 2011).

No início da intervenção identificamos no CAP a cobertura de 78 (17%) usuários relacionados à hipertensão e 16 usuários com diabetes para (14%) na área de abrangência da equipe. Nosso objetivo foi atingir uma cobertura de 40 % dos usuários que se encontravam cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes na área de abrangência da equipe que trabalho.

Quantitativamente alcançamos ao final das doze semanas de intervenção o acompanhamento de 106 usuários hipertensos, no primeiro mês foi cadastrado e acompanhados um total de 22 usuários (4,8 %), no segundo alcançamos 59 usuários (12,9 %), e no terceiro mês um total de 106 (23,1 %). Tivemos no primeiro mês o cadastramento y acompanhamento de um total de 5 usuários diabéticos para (4,4 %), no segundo mês 17 usuários (15,0 %), e um total de 31 diabéticos no terceiro mês para (27,4 %). (Figuras 4 e 5).

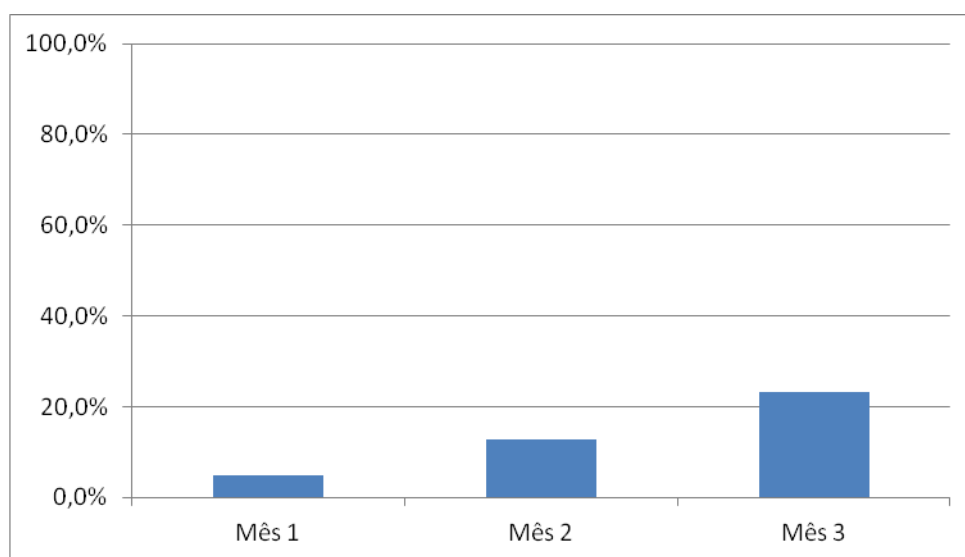


Figura 4 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

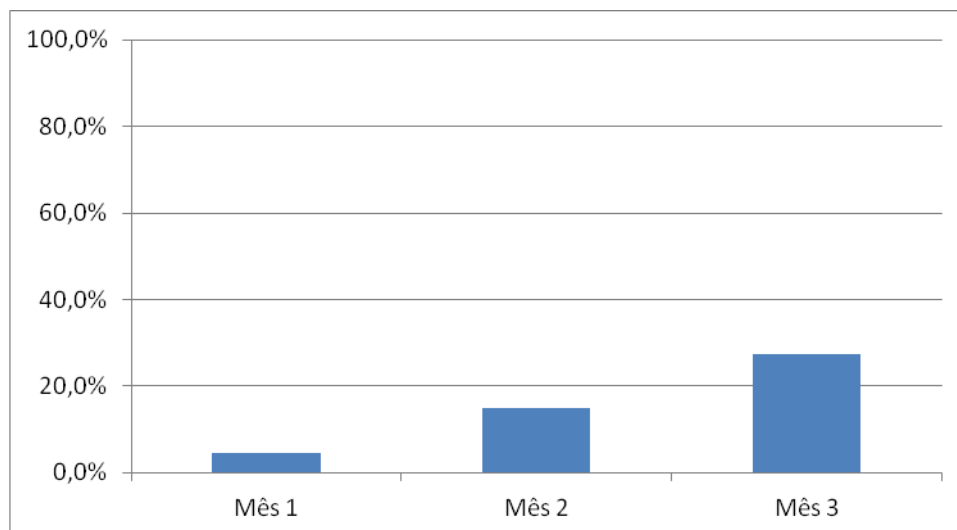


Figura 5 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Embora, aumentamos quantitativamente mês a mês a cobertura, não cumprimos a meta de atingir 40 % proposta inicialmente. Enfrentamos várias dificuldades, como por exemplo, a enfermeira teve que ausentar-se por mais de dois meses por problemas de saúde, eu tive um mês de férias, as agentes comunitárias também tiveram férias e as chuvas constituíram um elemento muito importante, pois, não permitia as visitas domiciliares planejadas, assim como o acesso dos usuários as consultas programadas na UBS. Durante algum tempo da intervenção, as ACS tiveram de greve, além disso, a intervenção que inicialmente teria uma duração de 16 semanas foi diminuída para 12 semanas, tudo isso influenciou para ao final não atingir a cobertura inicial prevista.

Nossa equipe de saúde realizou um grande esforço para o cumprimento da meta proposta, aumentado o número de consultas duas vezes por semana na área de abrangência para não afetar os atendimentos de outros grupos populacionais, assim como foi feito pelas agentes comunitárias da saúde (ACS) a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. Apesar de não ter alcançado a meta de cobertura, acreditamos que a intervenção foi positiva.

Objetivo específico 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Quantitativamente alcançamos em todos os meses 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção, ou seja, 106 usuários hipertensos e 31 usuários diabéticos. Qualitativamente foi feito o exame clínico apropriado durante os três meses em 100% dos usuários, de acordo com os protocolos estabelecidos para os hipertensos e diabéticos, foi feita a capacitação da equipe no início da intervenção para a realização de exames clínicos apropriados segundo os protocolos, como por exemplo, a maneira de tomar a pressão arterial, além de o monitoramento destes exames clínicos de forma periódica.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quantitativamente a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 15 usuários, ou seja, (68,2 %), no segundo mês 35 usuários, ou seja, (59,3 %) e no terceiro mês 72 usuários, um total de (67,9 %) dos usuários cadastrados. A proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi no primeiro mês de 5 usuários, (100 %) dos acompanhados, no segundo mês foi um total de 14 usuários, para (82,4 %) e no terceiro mês 24 (77,4 %) usuários diabéticos acompanhados.

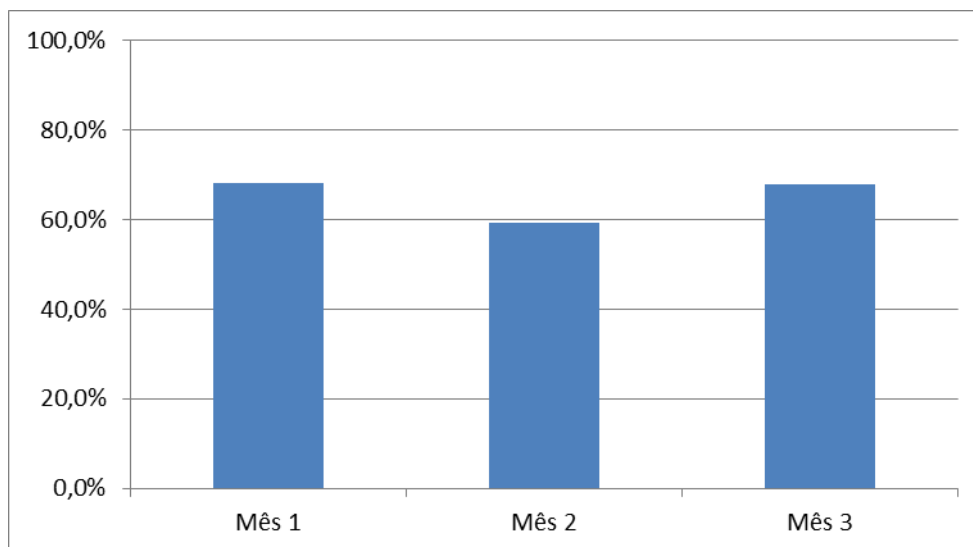


Figura 6 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

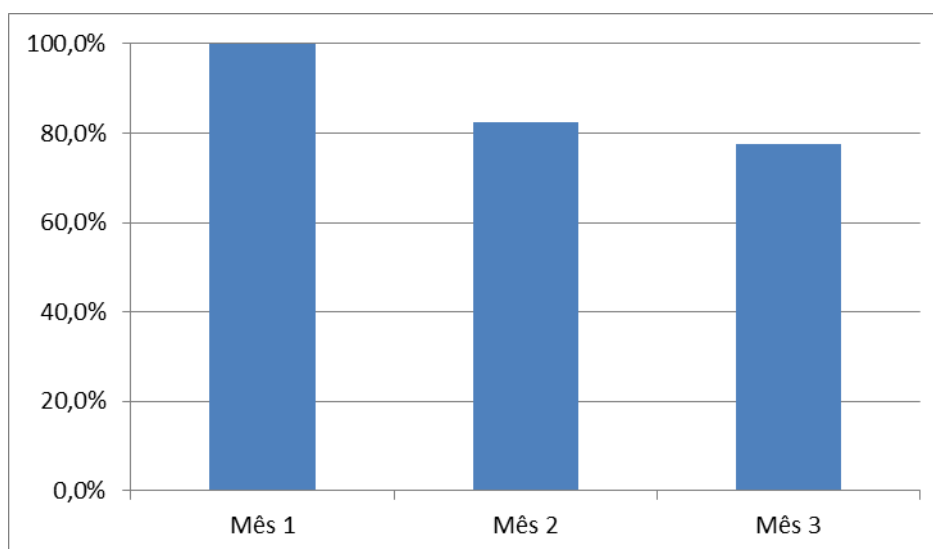


Figura 7 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Qualitativamente observamos uma diminuição dos diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no final da intervenção, isso tem uma explicação, ao final do primeiro mês havia apenas 5 usuários diabéticos acompanhados aumentando o número de atendimentos ao longo da intervenção, alguns exames ficaram pendentes quando a intervenção terminou.

Uma explicação para ambos os grupos sobre a não realização dos exames foi a observação ao longo da intervenção que há um grupo de usuários que não

cumprem as indicações médicas e não realizam os exames indicados, tivemos dificuldades objetivas, como pouca disponibilidade dos centros de saúde para fazer os exames, no caso do Hospital é oferecido poucas vagas, em outras unidades não estão sendo feitos exames por falta de reagentes, dessa forma foram oferecidos como alternativa a realização dos mesmos nos laboratórios privados, muitos não podiam fazer devido a limitação de recursos.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Quantitativamente a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no primeiro mês foi 15 hipertensos (68,2 %), no segundo 43 usuários (72,9 %), e no terceiro mês tivemos um total de 77 hipertensos (72,6 %). A proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no primeiro mês foi 4 diabéticos (80 %), 13 usuários em número absoluto no segundo (76,5 %), e no terceiro mês tivemos um total 25 diabéticos (80,6 %).

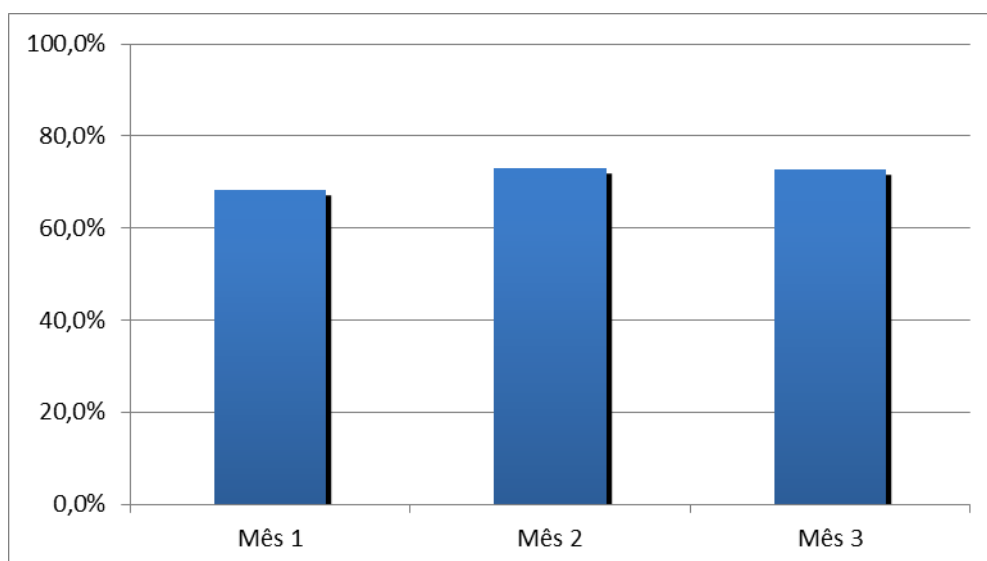


Figura 8 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

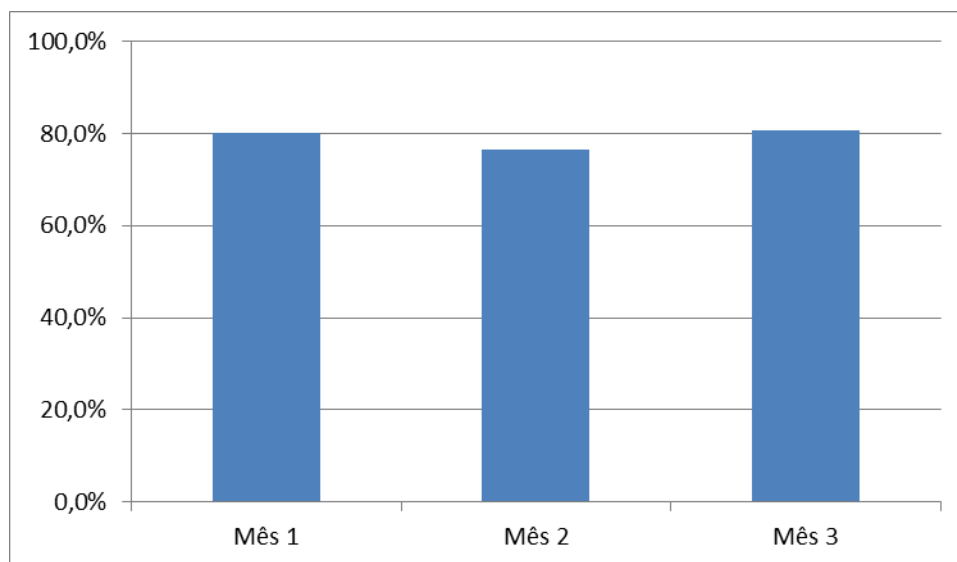


Figura 9 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de acordo com o protocolo na UBS Cidade Nova 1, Macapá/AP, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Qualitativamente não foi possível atingir 100 % dos hipertensos e diabéticos com uso dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, pois muitos usuários têm tratamento médico anterior por cardiologista, endócrino, entre outros, ficando controlados e por ética médica não fizemos a troca da medicação. Contudo, a grande maioria dos usuários são tratados com medicamentos da farmácia popular, realizamos ações de capacitação da equipe sobre a atualização dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos e fizemos o monitoramento destes medicamentos na farmácia da UBS conseguindo uma melhoria na disponibilidade dos mesmos. Além disso, foram oferecidas outras alternativas quando não tem disponibilidade do medicamento, como por exemplo, foram dirigidos às outras farmácias onde poderiam obter os mesmos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Quantitativamente durante o período da intervenção realizamos avaliação odontológica em todos os usuários acompanhados, ou seja, 106 hipertensos e 31 diabéticos. Qualitativamente foram realizadas ações de promoção da saúde com os hipertensos e diabéticos sobre a importância da avaliação bucal e a capacitação da equipe sobre este tema no início da intervenção. Tivemos sérias dificuldades com a atenção odontológica, pois não conseguimos resolver as necessidades avaliadas pela equipe, existe muita carência com a atenção odontológica em nossa cidade. Na minha UBS não tem dentista, a qual não oferece a atenção odontológica, contudo foram oferecidas as orientações para preservar a saúde bucal e muitos usuários encaminhados, quanto a atenção odontológica não veio solução a curto prazo.

Objetivo específico 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na equipe de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na equipe de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Quantitativamente no primeiro mês 15 usuários hipertensos faltaram às consultas e foi realizada busca ativa, no segundo mês 31 usuários e um total de 59 no terceiro mês. Tivemos no primeiro mês 1 usuário diabético faltoso com busca ativa, no segundo mês, 5 usuários e um total de 14 no terceiro mês. Todos os usuários faltosos foram buscados, ou seja, 100%. Qualitativamente avaliando os resultados descritos anteriormente podemos dizer que a meta foi atingida. Para conseguir esta meta, foram treinados os ACS no início e durante a intervenção sobre

como fazer o acolhimento, cadastramento e o monitoramento das consultas previstas segundo o protocolo, além disso, como organizar as visitas domiciliares aos usuários faltosos, a periodicidade das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Foram realizadas as atividades educativas com o grupo e a comunidade sobre práticas saudáveis para melhorar a qualidade de vida, a importância e periodicidade do controle das doenças para um melhor controle evitando possíveis complicações.

Objetivo específico 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. *Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.*

Indicador 4.1: *Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.*

Meta 4.2. *Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.*

Indicador 4.2: *Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.*

Quantitativamente alcançamos a meta de 100%, todos os usuários acompanhados tiveram seu registro adequado. Qualitativamente analisando os resultados do indicador, lembramos que no início da intervenção encontramos muitas deficiências nos registros, com dados imprecisos e incompletos, as fichas de acompanhamento não eram preenchidas adequadamente, as consultas de acompanhamento não eram agendadas no tempo adequado e os usuários voltavam na maioria das vezes com um problema de saúde relacionado ou não com a doença de base. Agora qualitativamente, alcançamos a meta, pois capacitamos a equipe de saúde para assumir esta tarefa desde o início da intervenção, definindo o papel de cada um da equipe no preenchimento adequado no prontuário e na ficha de acompanhamento, preenchimento dos resultados dos exames clínicos, exames complementares, tratamento indicado e agendamento da próxima consulta.

Objetivo específico 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na equipe de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Quantitativamente alcançamos a meta de 100%, todos os usuários acompanhados tiveram estratificação de risco. Qualitativamente avaliamos hipertensos e diabéticos segundo o escore de Framingnham, o qual é um instrumento muito utilizado para a determinação do risco cardiovascular que deve ser feito uma vez ao ano. Nas atividades de saúde realizadas com o grupo e na comunidade orientamos sobre a importância de realizar esta avaliação, assim como o conhecimento dos fatores de risco modificáveis e a importância de sua prevenção e controle.

Objetivo específico 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nessas metas e indicadores mencionados acima, quantitativamente alcançamos a meta de 100%, qualitativamente a equipe foi treinada na unidade de saúde no início da intervenção sobre o controle de fatores de risco modificáveis, promoção de estilo de vida saudável, higiene bucal, frequência de limpeza e forma de escovação bucal, além das complicações que podem apresentar os usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, foi realizada a capacitação sobre metodologias de educação em saúde, como sabemos temos um trabalho em longo prazo para conseguir pequenas mudanças nos hábitos de vida das pessoas. Foram feitas atividades com o grupo e com a comunidade sobre a importância da alimentação saudável, para evitar o excesso de peso e obesidade, além de alcançar o melhor controle das doenças. O nutricionista do NASF foi envolvido no projeto para nos ajudar a abordar esse tema com a comunidade. Também realizamos orientações individuais sobre os fatores que ajudam no controle da hipertensão e diabetes. Seria importante ter educadores físicos para desenvolver atividades com os diferentes grupos, mas nossa unidade não conta neste momento com esses profissionais. Nossa unidade também não tem o tratamento farmacológico para o abandono do tabaco.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha equipe básica de saúde, na UBS Cidade Nova 1, propiciou a ampliação da cobertura e uma melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, que são acompanhados pela equipe da saúde, conseguimos melhorar os registros adequados na ficha de acompanhamento e a qualificação da atenção de ambos os grupos, foi feito o exame clínico apropriado a todos os usuários, com destaque para a classificação de risco cardiovascular segundo escore de Framinhang, com atenção diferenciada aos usuários considerados de alto risco cardiovascular, avaliação odontológica, a palpação do pulso, e medição da sensibilidade dos pés, alcançando um acompanhamento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção teve uma grande repercussão para a equipe e a UBS. Exigiu que toda a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes, pois foi necessário o esforço e integração dos membros da equipe, e da unidade, como o médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitárias da saúde (ACS), entre outros.

Em linhas gerais, cada um dos membros da equipe teve suas atribuições e responsabilidades, mas, de forma geral cada um cumpre várias funções, nossa unidade não tem recepcionista, embora todo o pessoal da UBS foi informado de nosso projeto, e quando os usuários hipertensos e diabéticos que pertenciam a minha área de abrangência, chegavam na UBS por demanda espontânea, eram encaminhados para a equipe rapidamente. Ao início as técnicas de enfermagem localizaram os prontuários destes usuários para transcrever todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha espelho, após foram encarregadas do acolhimento, verificação da pressão arterial e preparação das consultas, as ACS trabalharem sobre o cadastramento e na busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos, assim como seu monitoramento, e a orientações na comunidade sobre a importância da realização destas consultas.

Todos os profissionais foram responsáveis pela divulgação do projeto e sua importância na comunidade da área de abrangência, mas o papel principal foi feito pela enfermeira com os ACS, fazendo contato com os líderes comunitários e com a associação de moradores, divulgando nosso projeto, a enfermeira e o médico

examinaram as fichas espelho dos usuários hipertensos e diabéticos, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso.

O médico e a enfermeira foram os responsáveis pela capacitação da equipe, sobre os protocolos de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde (MS) atualizados, também realizaram exame clínico adequado com avaliação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham, a avaliação odontológica, a avaliação do pulso nos pés, além do preenchimento dos dados nos prontuários, e na ficha espelho. As informações coletadas na mesma foram consolidadas na planilha eletrônica, foram indicados os exames de acordo à periodicidade recomendada, além dos encaminhamentos as diferentes especialidades, assim como o monitoramento durante toda a intervenção.

Todo isto teve um impacto positivo em outras atividades do serviço, como por exemplo, aumentou o número de consultas no serviço, assim como na atenção dos usuários idosos, devido que este grupo populacional é portador de mais doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de outros grupos populacionais foram beneficiados, como as gestantes, e alguns hipertensos e diabéticos, levaram seguimento diferenciado.

O projeto teve um impacto positivo dentro do serviço, e na UBS, antes de começar a intervenção, a atenção do programa de hipertensão e diabetes na UBS estava muito diminuída. A maioria dos registros e prontuários utilizados para a atenção destes usuários não estavam atualizados e preenchidos adequadamente, onde constasse se foi realizado um exame clínico adequado, avaliação de risco cardiovascular, controle de pulso no pé, o qual objetivamente não era da qualidade requerida, nosso projeto conseguiu o aumento da cobertura e atendimento de qualidade a um maior número de usuários com hipertensão e diabetes.

O impacto da intervenção é percebido ligeiramente pela comunidade, e principalmente pelas pessoas com hipertensão e diabetes que frequentam o grupo, onde foram feitas varias atividades e palestras com este grupo e com a comunidade, sobre promoção da saúde, orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal, entre outras.

Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, e isto não prejudicou a atenção dos demais usuários. A comunidade conhece o motivo desta priorização, porque foi anteriormente informada, além disso, foram aumentadas o número de consultas na área de abrangência, conseguindo uma melhoria na atenção de qualidade que está sendo oferecida pela equipe, apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, faria um melhor planejamento, discutiria mais as atividades que seriam realizadas pela equipe, assim como as que deveriam ser mudadas, e quais não deveriam. Também planejaría como adequar a equipe quando falte alguma pessoa, acho que faltou uma maior articulação com a comunidade e os líderes da mesma, para explicitar o projeto de todas as atividades.

Agora que estamos no final da intervenção, percebo que a equipe está integrada, tem maior organização, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, acreditamos que estão criadas todas as condições objetivas e subjetivas para sua continuidade, e superar as dificuldades encontradas.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço da equipe, temos que continuar a conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, assim como o controle dos fatores de risco modificáveis, e a atenção priorizada aos usuários de alto risco.

Continuaremos a demandar o gestor da unidade, de acordo com nossa governabilidade, sobre a necessidade de realizar Hemoglicoteste na nossa UBS, assim como resolver a atenção odontológica para os usuários da população alvo avaliados. A continuidade do rastreamento de ambas doenças na área de abrangência, vai continuar melhorando a cobertura desta ação programática. E no futuro podemos implementar o programa de atenção ao usuário idoso.

5 Relatório da intervenção para gestores

A equipe de saúde (057) realizou uma intervenção na UBS Cidade Nova 1, localizada no município de Macapá, Estado de Amapá, durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da área de abrangência.

A meta inicial proposta foi atingir 40% de cobertura da população alvo, a equipe ao final da implementação atendeu um total de 106 usuários com hipertensão arterial para uma cobertura de (23,1 %), e 31 diabéticos, para um percentual de (27,4 %).

A intervenção teve uma grande repercussão para a equipe e a UBS, exigiu que toda a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Sistêmica Arterial e Diabetes, foram usados os cadernos de atenção básica do ministério da saúde, acolhimento a demanda espontânea, rastreamento, estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, entre outros, exigindo o esforço e integração dos membros da equipe, como o médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitárias da saúde (ACS), entre outros.

Nesta intervenção foram previstas várias ações em quatro eixos, monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica. O indicador de cobertura foi cumprido parcialmente, a intervenção que inicialmente teria uma duração de 16 semanas foi diminuída para 12 semanas., Enfrentamos várias dificuldades, como, por exemplo, membros da equipe com problemas de saúde, eu tive um mês de férias, as agentes comunitárias também tiveram férias neste tempo, além das chuvas constituírem um elemento muito importante, muitas vezes não permitindo, as visitas domiciliares planejadas, o acesso dos usuários às consultas programadas na UBS.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura e uma melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, que são acompanhados pela equipe da saúde, para isso foi aumentado o número de consultas para duas vezes na semana, conseguimos melhorar os registros adequados na ficha de acompanhamento e a qualificação da atenção de ambos os grupos, foi feito o exame clínico apropriado a todos os usuários, com destaque para a classificação de risco cardiovascular segundo escore de Framinhang, com atenção diferenciada aos usuários considerados de alto risco cardiovascular, avaliação odontológica, a palpação do pulso, e medição da sensibilidade dos pés, realizando um acompanhamento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos.

A ação de organização e gestão de serviços, foi cumprida parcialmente, pactuamos garantir o registro de 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção, o acolhimento desses usuários foi melhorado significativamente, assim como foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), mas não pôde ser garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste. A equipe do NASF foi envolvida no projeto para ajudar a atingir essas ações, por exemplo, usuários obesos foram agendados para o nutricionista, outros com psicólogo, e, em alguns casos visitando os usuários que precisam de atenção domiciliar.

As ações, engajamento público foram cumpridas, como o planejado, foi alcançado a integração com a comunidade mediante o contato, e com o apoio dos líderes da comunidade, foram programadas e realizadas atividades educativas na comunidade, dando a conhecer a existência do programa HIPERDIA, os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, a importância do rastreamento destas doenças. Em relação aos medicamentos da farmácia popular, nem sempre existe a disponibilidade na farmácia, atualmente há uma melhoria acentuada em sua existência na farmácia.

Tivemos sérias dificuldades com a atenção odontológica que não conseguimos resolver ao longo da intervenção, na UBS não é oferecida a atenção odontológica, foi realizada a avaliação odontológica nas consultas e oferecidas as orientações para preservar a saúde bucal encaminhando muitos usuários.

Tudo isso teve um impacto positivo em outras atividades do serviço, como por exemplo, aumentou o número de consultas no serviço, assim como na atenção dos usuários idosos, devido que este grupo populacional é portador de mais doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de outros grupos populacionais foram beneficiados, como as gestantes.

O resultado fundamental da intervenção, além da melhoria na cobertura e qualidade na atenção do grupo de pessoas com hipertensão e diabetes, continuará na rotina do serviço. Portanto, devemos continuar melhorando a integração da equipe com os gestores, a comunidade e os líderes comunitários, pois, acreditamos que a intervenção melhorou a qualidade de vida da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa equipe de saúde concluiu as 12 semanas da intervenção na UBS Cidade Nova 1, com objetivo principal de melhorar a atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus em nossa área de abrangência, a meta inicial proposta foi atingir o 40% de cobertura da população alvo acompanhadas pela equipe, ao final da implementação foram atendidos um total de 106 usuários com hipertensão arterial para uma cobertura de (23,1 %) do total, e de 31 diabéticos, para um percentual de (27,4 %).

O indicador de cobertura foi cumprido parcialmente, a intervenção que inicialmente teria uma duração de 16 semanas foi diminuída para 12 semanas, confrontamos várias dificuldades, como por exemplo, existiu membros da equipe com problemas de saúde, eu tive um mês de férias, as agentes comunitárias também tiveram férias neste tempo, além das chuvas constituírem um elemento muito importante, muitas vezes não permitindo, as visitas domiciliares planejadas, o acesso dos usuários às consultas programadas na UBS.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura e uma melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, que são acompanhados pela equipe da saúde, para isso foi aumentado o número de consultas duas vezes por semana na área abrangência, conseguimos melhorar os registros adequados na ficha de acompanhamento e a qualificação da atenção de ambos os grupos, foi feito o exame clínico apropriado a todos os usuários, logrando um acompanhamento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos.

A ação de organização e gestão dos serviços foi cumprida parcialmente, garantimos o registro de todas as pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa, o acolhimento desses usuários foi melhorado significativamente, assim como foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, mas não pôde ser garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste. O grupo de NASF foi envolvido no projeto para ajudar a atingir estas ações, por exemplo, usuários obesos foram agendados para o nutricionista, outros com psicólogo, e, em alguns casos visitando os usuários que precisam de atenção domiciliar.

As ações, engajamento público foram cumpridas, como o planejado, foi alcançado a integração com a comunidade mediante o contato, e com o apoio dos

líderes da comunidade, foram programadas e realizadas atividades educativas na comunidade, dando a conhecer a existência do programa HIPERDIA, os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, a importância do rastreamento destas doenças.

Em relação aos medicamentos da farmácia popular, foram prescritos, não tem sempre disponibilidade na farmácia de todos, mas atualmente há uma melhoria acentuada em sua existência na farmácia.

Tivemos sérias dificuldades com a atenção odontológica que não conseguimos resolver ao longo da intervenção, na UBS não é oferecida a atenção odontológica, pois não conta com dentista, sendo realizada a avaliação odontológica nas consultas, oferecida as orientações para preservar a saúde bucal e encaminhados muitos usuários.

Tudo isso teve um impacto positivo em outras atividades do serviço, como por exemplo, aumentou o número de consultas no serviço, assim como na atenção dos usuários idosos, devido que este grupo populacional é portador de mais doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de outros grupos populacionais foram beneficiados, como as gestantes, e alguns hipertensos e diabéticos, levaram seguimento diferenciado.

O resultado fundamental da intervenção, além da melhoria na cobertura e qualidade na atenção dos hipertensos e diabéticos, e que continuará implementando-se na rotina do serviço, é por isso que devemos continuar melhorando a integração da equipe com a comunidade e os líderes comunitários, mediante o contato e atividades de promoção em saúde realizadas na área de abrangência, com a comunidade, manter e melhorar ainda mais a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, preencher adequadamente os prontuários e fichas de acompanhamento, manter e melhorar o controle dos usuários faltosos, para isso continuaremos a capacitação continua da equipe.

Contudo, acreditamos que envolvendo todas as pessoas da equipe, da unidade e vocês da comunidade podemos alcançar melhores resultados. Consideramos que o projeto de intervenção levou um melhoramento da qualidade de vida da população alvo, e por isso que será estabelecida dentro da rotina diária do serviço da equipe.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Programa Saúde da Família trouxe uma importantíssima contribuição na estruturação de serviços de saúde, a UBS é a porta de entrada para o SUS, por isso que requer equipes de profissionais bem qualificados, para garantir uma atenção de qualidade às pessoas da comunidade com ações de promoção, prevenção, atenção, seguimento e reabilitação dos usuários conseguindo uma melhoria na qualidade de vida dos usuários e impactando positivamente na satisfação da população.

O curso de especialização em saúde da família teve uma organização de quatro unidades, análise situacional, análise estratégica, intervenção propriamente dita e avaliação da intervenção, além da parte clínica (diagnóstico, planejamento do tratamento, tratamento e resultado). Durante este processo de aprendizagem, tivemos a oportunidade juntamente com a equipe de saúde de implementar um projeto de intervenção a partir dos problemas de saúde encontrados na comunidade, com o objetivo de resolver os problemas identificados, aumentando o conhecimento geral, realizando capacitação do pessoal, favorecendo a formação continuada de profissionais da saúde que trabalham na rede pública, além de integrar os serviços de saúde e gestores do SUS.

Desde o início do curso, minhas expectativas eram grandes e de incertezas, por exemplo, as dificuldades no idioma, trabalhar com pessoas desconhecidas, após iniciar o projeto comecei a reconhecer melhor minha área de abrangência, as dificuldades e necessidades de nossa UBS melhorando a inter-relação da equipe com a comunidade. Além disso, tivemos oportunidades na participação dos casos clínicos interativos, nos fóruns que é um espaço para expressar nossas dúvidas e na última fase do curso apresentação do TCC de trabalho a avaliação.

Do ponto de vista profissional obrigou-me a aprofundar no estudo da medicina e idioma, a participação no curso permitiu obter conhecimentos na resolução de problemas específicos, tive a oportunidade de interagir pessoalmente com gestores, líderes comunitários, a comunidade, virtualmente com os orientadores e colegas do curso, com o intuito de melhorar nosso raciocínio clínico, ganhei autoridade como gestor, estou mais bem preparado para o futuro, vamos continuar a implementação

da intervenção com o rastreamento de ambas doenças na área de abrangência, para continuar aumentando a cobertura dos usuários.

Ao final acredito que o objetivo de integrar universidades, serviços de saúde e gestores do sistema único de saúde (SUS), na educação permanente dos profissionais que atuam na rede pública foi cumprida.

Referências

ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP et al. **Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus.** N Engl J Med 2010, 362(17): 1575–1585.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica No 36. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica No 37. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivo Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

Anexos

Anexo A Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações

Planilha OMB HAS e DM - Microsoft Excel			
2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.			
A	B	C	D
1. Cobertura	1.1. Cadastrar X% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	
	1.2. Cadastrar X% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	

Planilha OMIA HAS e DM - Microsoft Excel

2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

	A	B	C	D
16	5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	
17		5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	
18	6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	
19		6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	
20		6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.	
21		6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.	
22		6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	
23		6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	
24		6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.	
25		6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.	

Pronto

Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão 3.Ações 4.Registro

PT 00:36 09/02/2015

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consulta em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1														
2	2														
3	3														
4	4														
5	5														
6	6														
7	7														
8	8														
9	9														
10	10														
11	11														
12	12														
13	13														
14	14														
15	15														
16	16														
17	17														
18	18														
19	19														
20	20														
21	21														
22	22														
23	23														
24	24														
25	25														
26	26														
27	27														
28	28														
29	29														

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

18:52 09/02/2015

Anexo D Documento do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo E - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante